

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939
—

THÈSE

N°

595

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François-Marie-Emile CHENARD

Né le 30 Novembre 1911, à ST-MÉDARD-DE-GUIZIÈRES (Gironde)

Contribution à l'étude
des
fistules colo-vésicales
3 observations personnelles

Président : GOSSET, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

François-Marie-Emile CHENARD

Né le 30 Novembre 1911, à S-MÉDARD-DE-GUIZIÈRES (Gironde)

Contribution à l'étude

des

fistules colo-vésicales

3 observations personnelles

Président : GOSSET, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de neuro-chirurgie
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Leon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ADAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 PENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 BRENTANO.... Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 NEVEU-
 LEMAIRE.. Parasitologie.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 BRULE
 CHAILLEY.....
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT..
 SEZARY
 } Clinique médicale.

MM.
 BASSET
 BROCO
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale
 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEILL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES

A MA BELLE-SŒUR

A MA TANTE, MADAME MERY DELTEL

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES AMIS

INTRODUCTION

Au cours de nos études, il nous a été donné de recueillir trois observations de fistules colo-vésicales. La gravité des lésions qu'elles entraînent, le nombre de leurs complications et les difficultés opératoires rencontrées nous ont paru mériter une attention particulière. Nous avons donc envisagé ce travail, très modeste contribution à l'étude d'un sujet qui fut du reste, ces temps derniers, l'objet de plusieurs communications.

Laissant de côté les fistules plus fréquemment rencontrées qui unissent la vessie soit à l'intestin grêle, soit au cœcum ou au rectum, nous nous sommes limités à l'étude des fistules colo-vésicales. Afin d'illustrer en quelque sorte notre travail par des exemples concrets, nous nous sommes permis d'ajouter à nos observations personnelles celles qui, parmi les ouvrages que nous avons passés en revue, nous ont semblé les plus caractéristiques dans chacun des cas envisagés.

Après quelques lignes sur l'historique et un rapide rappel anatomique, nous diviserons cette étude en six chapitres :

— le premier étudiera l'étiologie des fistules colo-vésicales ;

Nous verrons cependant que, grâce aux progrès de la chirurgie, les résultats obtenus dans le traitement des fistules colo-vésicales, bien que « dépendant avant tout et surtout de la cause de ces fistules » (F. MONDON), sont des plus encourageants; et que de nos jours, nous sommes loin de penser ce que disait BOYER en 1826 : « les fistules vésico-intestinales sont au-dessus des ressources de l'art ».

RAPPEL ANATOMIQUE

Avant de nous livrer à l'étude proprement dite du sujet que nous nous sommes proposé, il nous paraît indispensable de rappeler brièvement l'anatomie topographique des régions colique et vésicale. Nous nous excusons à l'avance des emprunts que, dans ce but, nous nous sommes permis d'effectuer aux ouvrages de MM. L. Testut et O. Jacob, ainsi qu'au Précis d'Urologie de F. Legueu et E. Papin.

1° LE CÔLON.

C'est, nous le savons, la portion moyenne du gros intestin, s'étendant du cœcum au rectum. Dans son ensemble, il décrit une sorte de cercle, ou mieux de quadrilatère dans lequel se trouve inscrite la masse grêle. On le divise en quatre portions : côlon ascendant, côlon transverse, côlon descendant et côlon ilio-pelvien :

a) Le côlon ascendant, fixe, appliqué par le péritoine sur la fosse lombaire droite répond : en avant, à la paroi de l'abdomen; en arrière, à la paroi lombaire et à la face antérieure de l'extrémité inférieure du rein droit; en dehors, à la paroi latérale de l'abdo-

ETIOLOGIE

AGE. — SEXE. — PROFESSION.

D'après les différentes statistiques publiées jusqu'à ce jour, nous pouvons constater que depuis Pascal tous les auteurs sont d'accord pour dire que, bien que tous les âges puissent être représentés, c'est surtout dans la seconde moitié de la vie que s'observe la fistule colo-vésicale. Nous verrons par la suite que cela n'a rien de surprenant, car en dehors des traumatismes, les lésions qui sont à l'origine des fistules sont plutôt l'apanage des adultes.

Le sexe joue un rôle important, puisque d'après Pascal, la proportion de fréquence comparée entre les deux sexes est la suivante : 75 % chez les hommes, et 25 % chez les femmes. En 1925, H. Blanc et M. Negro vont même jusqu'à dire que la communication anormale vésico-intestinale « est exceptionnelle chez la femme en raison même de la disposition anatomique des organes ».

Quant à la profession, elle ne joue aucun rôle dans l'étiologie de ces fistules.

FRÉQUENCE.

D'après Albano, les fistules pathologiques sont plus fréquentes (environ 62 %) que les fistules traumatiques ou chirurgicales, et siègeraient dans 25 % des cas environ sur le côlon. Nous ne devons pas être surpris de cette proportion, semble-t-il, en nous rappelant que ce sont les fistules recto-vésicales qui sont de beaucoup les plus fréquentes de toutes.

Lésions originelles

Nous distinguons deux grands groupes de fistules : les fistules traumatiques et les fistules pathologiques.

I. — Fistules traumatiques

1° *Accidentelles*. — Elles sont, ainsi que le dit Legueu, la conséquence d'une plaie de l'abdomen, et plus souvent d'une plaie du périnée, ou du rectum, ou de la région sacrée. Il ajoute même les avoir rencontrées dans la proportion de 37 % environ des plaies de la vessie qu'il a observées. Elles sont naturellement, soit primitives, succédant immédiatement au traumatisme; soit secondaires, se produisant généralement quelques jours après, « succédant à un processus de suppuration, ou de chute d'une escharre, et plus souvent à la présence de corps étrangers de la vessie ».

Notons le cas de Sommering, signalé par Chavannaz,

« d'une fistule colo-vésicale chez un médecin qui, quelques années auparavant, avait eu une forte contusion produite par un timon de traineau. ».

En 1933, le Docteur Christophe rapporte également (observation n° 15) le cas d'une fistule vésico-sigmoïdienne due à une sténose d'origine traumatique, et qu'il explique ainsi : « Je crois qu'il s'agit d'une « désinsertion partielle du méso accompagnée de « nécrose donnant dans la suite des lésions cicatricielles sur l'intestin. Il y a eu vraisemblablement « déchirure de quelques vaisseaux et nécrose d'une « partie de la paroi intestinale, qui s'est accolée « contre le péritoine le plus proche, c'est-à-dire « celui de la vessie. ».

Nous rencontrons néanmoins dans la littérature se rapportant aux fistules vésico-intestinales en général des localisations intéressant le plus souvent le rectum. Nous pouvons donc considérer comme très rares les cas de fistules colo-vésicales ayant une origine traumatique accidentelle.

2° *Post-opératoires*. — On les rencontre également assez rarement.

Cependant Pristavescu, en 1912, rapporte dix-neuf cas de fistules colo ou sigmoïdo-vésicales se répartissant en 17 cas pour les femmes et 2 seulement pour les hommes. L'origine traumatique fut notée dans 17 cas, et la plupart furent la conséquence d'un avortement ou accouchement difficile, avec application de forceps.

De même, à la séance du 28 février 1935, M. Perrin

dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon présente l'observation d'une femme de 24 ans où nous trouvons une double fistule sigmoïdo-vésicale d'une part, et vésico-cutanée d'autre part, à la suite d'un drainage abdominal à la Mickulicz nécessitée par une intervention gynécologique antérieure.

Personnellement, nous avons eu l'occasion en 1934 et en 1936, de relever deux observations de fistules colo-vésicales post-opératoires. Toutes deux siégeaient sur l'anse sigmoïde. La première (observation n° 1) était consécutive à une lithotritie faite 5 ans auparavant et au cours de laquelle on avait vraisemblablement lésé la paroi vésicale. La deuxième (observation n° 2) était survenue après une hystérectomie totale. Dans cette dernière également, il semblerait que ce soit en faisant un surget colo-vésical qu'un coup d'aiguille malencontreux ait perforé la vessie.

II. — Fistules pathologiques

Nous distinguerons naturellement les fistules dont l'origine sera soit colique, soit vésicale, soit extra colo-vésicale.

1° FISTULES A POINT DE DÉPART COLIQUE.

D'une manière générale, toutes les causes intestinales inflammatoires pouvant entraîner la formation d'adhérences entre l'intestin et la vessie pourront être à l'origine de ces fistules, ce qui, d'après Pascal, se produirait dans 35 pour 100 des cas. Or, ainsi

que le dit Dominici, « du côté du côlon, on peut relever la tuberculose (Malcolin), la syphilis (Picot), le cancer (Heuston, Morestin), l'ulcère simple (Maunder), le rétrécissement (Sydney Jones), l'invagination (Bruchet), et des affections parasitaires telles que l'actinomycose... de plus, les diverticulites peuvent provoquer une adhérence avec la vessie » (Walter H. et Chute).

A. - *Néoplasmes*. — Il est certain actuellement que l'origine d'un grand nombre de cas de fistules colovésicales relatées jusqu'à ces dernières années étaient faussement attribuées à une nature néoplasique.

En effet, Bensaude, dans son traité sur les « *Maladies de l'intestin* », rapporte la statistique de Von Leube établissant que sur 100 néoplasmes intestinaux, 15 seulement intéressent le côlon. Il est établi d'autre part, d'après un résumé de statistiques, que le cancer, bien que pouvant siéger sur n'importe quel segment du côlon, prédomine aux points de stase fécale : cæcum et côlon pelvien. Pour le Docteur Guillaume Louis, il se localiserait sur le côlon, surtout là « où frotte le contenu intestinal », c'est-à-dire aux deux angles du côlon et du côlon pelvien.

La localisation cœcale ne nous intéresse pas, nous citerons un cas observé personnellement, et où la fistule était due à un cancer sigmoïdien (observation n° 3), et nous ajoutons le cas présenté par Loumeau en 1914, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, où nous avons une fistule vésico-intestinale

par cancer du côlon pelvien (observation n° 4). Citons pour mémoire les nombreux cas (W. Richardson, Francis Heuston, etc...) relatés par Chavanaz, et qui tous étaient des trouvailles d'autopsie.

B. - Tuberculose. — A la suite de perforations dues à des ulcérations tuberculeuses, il peut se former tout d'abord des adhérences entre vessie et côlon, puis une fistule. Le siège de ces ulcérations est très variable : « parmi les importantes statistiques que signalent Brown et Sampson, nous a dit A. Caïn, celle de Fenwich et Dodwell est la plus explicite, dans 500 autopsies, ils ont trouvé que les différents segments du côlon étaient intéressés selon le pourcentage suivant :

région ilio-cœcale	85 %
côlon ascendant	51,4 %
côlon descendant	21 %
côlon sigmoïde	13 %

et Brown et Sampson ne signalent que des perforations siégeant sur l'iléon et le cœcum ».

Duplay lui-même dira que la tuberculose iléo-cœcale peut provoquer un foyer de péricystite, et même une ulcération avec perforation consécutive dans la vessie.

Néanmoins, c'est là une cause extrêmement rare de fistule. Un des premiers cas de fistule colo-vésicale d'origine tuberculeuse probable, fut rapporté par Chavannaz, et la fistule siégeait sur l'anse sigmoïde (observation n° 5).

C. - *Syphilis*. — Nous lisons dans le traité de Bensaude que les localisations intestinales de la syphilis sont plutôt rares, et que leur évolution vers la perforation est elle-même très rare. De plus, c'est sur le côlon que ces localisations sont les moins fréquentes. Il ajoute que « en une formule raccourcie, on peut dire que les sténoses annulaires multiples du jéjunum sont assez caractéristiques de la syphilis intestinale ».

En effet, nous trouvons très peu d'observations de fistules colo-vésicales ayant une origine syphilitique certaine. En dehors de quelques cas douteux, une des rares observations que nous puissions mentionner est celle que Jeanbrau et Baumel ont signalée en 1930, et où un traitement anti-syphilitique amena la guérison de la fistule.

D. - *Actinomybose*. — D'après les statistiques d'Illich, de Poncet et de Duvernay, la localisation intestinale de l'actinomybose est assez fréquente. Les lésions siègent le plus souvent dans la région cœco-appendiculaire. Grill les rencontre 48 fois sur 76 cas, contre 12 fois sur le rectum, 8 fois sur le côlon, 6 fois sur le grêle. Elles dépassent, dit Pinoy, les limites de la muqueuse, forment sous elle des nodules saillants qui, bientôt, se ramollissent, s'ulcèrent; toute la paroi intestinale s'infiltré, des adhérences autour de l'anse atteinte amènent la formation d'une masse volumineuse, lardacée, ligneuse, que sillonnent des fistules dont le pus contient les grains

jaunes. Les tissus voisins sont envahis : foie, rein vessie.

Très rares sont cependant les cas signalés; voici néanmoins une observation (observation n° 6) due à Bedrna, que nous avons trouvée dans Latifi. Nous nous sommes permis de la résumer.

E. - Ulcérations simples. — Les fistules ayant une telle origine sont également rares. Chavannaz, néanmoins, en avait déjà relevé quelques observations; et nous nous permettons de renvoyer le lecteur que cela intéresse à cet auteur, car le diagnostic n'était pas toujours posé d'une façon certaine. Nous rapporterons par contre le cas présenté par Duval en 1922 (observation n° 7) où le diagnostic étiologique paraît beaucoup plus sûr. Il est à remarquer que la localisation de telles fistules est presque toujours sigmoïdienne, et l'on est en droit de se demander actuellement après les travaux effectués durant ces dernières années, si une origine diverticulaire n'était pas plutôt en cause.

F. - Corps étrangers. — Nous savons que l'intestin présente une très grande tolérance pour les corps étrangers, et A. M. Ménager dit n'avoir pas trouvé de cas de perforations au niveau du côlon qui puissent leur être attribués. Néanmoins, nous n'irons pas jusqu'à dire avec Broca que « les corps étrangers qui ont franchi le cardia n'ont plus d'histoire clinique », puisque dans leur rapport, Robert H. Herbst et Miller citent en 1936 différents cas de

fistules par des corps étrangers de l'intestin, depuis celui de Kingdon en 1842 produit par le passage d'une aiguille jusqu'à celui de Nesbit et Coller en 1934, en passant pas ceux de Roberts, Mc Whinnie, Guterbock, Fleury, Keen, Von Hacker, Kapsammer, etc... Mais il faut noter que ces fistules, déjà rares, sont ordinairement appendiculo-vésicales et non à proprement parler colo-vésicales.

Nous ne rapporterons (observation n° 8) que l'observation prise en 1936 par Herbst et Miller, et présentée en 1937 par J. Gosset dans le *Journal de Chirurgie*.

G. - *Origine diverticulaire*. — Nous savons que les diverticules du gros intestin sont constitués par des hernies de la muqueuse intestinale à travers la musculuse. Or, d'après Rankin et Brown, plus d'un côlon sur vingt est atteint de diverticulose. Nous n'aurons évidemment pas toujours des complications inflammatoires ou diverticulites; mais néanmoins lorsque de tels accidents se produiront, ils pourront entraîner la formation de fistules dans 14 % des cas d'après Mailler, et 11,73 % pour Maxwell Telling et Gruner.

C'est donc une complication dont la fréquence est relativement assez grande, puisque, outre Lockhardt, Mummery et Bryan, un certain nombre d'auteurs en sont arrivés à se demander si la plupart des perforations colo-vésicales attribuées à des cancers sigmoïdiens, ne relevaient pas en réalité d'une diverticulite méconnue.

Or, nous relevons dans Bensaude, que sur 42 cas observés par Mayo, les lésions siégeaient :

36 fois sur le sigmoïde,
1 fois sur le transverse,
1 fois sur le côlon ascendant
1 fois sur l'angle hépatique.

Bien que ce ne soit que depuis une trentaine d'années qu'on paraisse avoir pris notion de l'existence clinique des diverticules, nous voyons l'importance de leur rôle à l'origine des fistules colo-vésicales.

En 1935, au XXXV^e Congrès de l'Association française d'Urologie, M. Weijtlandt en rapporte 18 cas publiés; et en 1937, M. Latifi dans son ouvrage sur les fistules vésico-sigmoïdiennes, passant en revue les ouvrages publiés, en rapporte également plusieurs cas.

Parmi les observations citées durant ces dernières années, nous nous permettons d'emprunter à M. P. Le Gac celle qu'il présente en 1935 (observation n° 9) à la Société de Médecine de Paris.

2° FISTULES A POINT DE DÉPART VÉSICAL.

Pascal disait en 1900 que ces fistules étaient observées dans 18 % des cas, et ne mentionnait comme causes principales que le cancer, la tuberculose et l'inflammation. Nous y ajouterons la syphilis. Mais notons tout de suite que l'origine vésicale est beaucoup plus rare que l'origine intestinale.

A. - *Néoplasmes*. — Nous savons que la transformation des polypes en épithéliomas n'est pas exceptionnelle, et il ne faut pas oublier, d'autre part, qu'un certain nombre de polypes sont d'emblée des épithéliomas, dira Marion. La propagation d'un cancer de la vessie aux organes voisins, et entre autres à l'intestin, n'est pas rare, ajoute-t-il.

F. Legueu, et E. Papin, diront également que la fistule vésico-intestinale est « une des complications des tumeurs malignes de la vessie, dont la propagation peut se faire par contiguité à d'autres parties de la vessie et aux organes intra-péritonéaux (S iliaque, cœcum, anses grêles) ».

C'est néanmoins une complication rare qui, d'après Bryan, n'a été observée que 2 fois sur 42 cas.

Nous rapportons le résumé fait en 1912 par Jeanbran dans le *Journal de Chirurgie* d'un cas signalé par Boehm et Dean (Observation n° 10).

B. - *Tuberculose*. — C'est là une origine possible de fistule. Legueu signale cependant que dans la tuberculose de la vessie avec ulcérations vésicales « le péritoine vésical est parfois recouvert de granulations avec adhérences épiploïques et intestinales pouvant entraîner la formation de fistules vésico-intestinales. »

Nous nous permettons d'emprunter à David le cas qu'il signale en 1929, et où la fistule était accompagnée (observation n° 11) de tuberculose du rein gauche et de pyélonéphrite ascendante.

C. - *Syphilis*. — « Nous savons que la syphilis ne respecte aucun tissu, aucun organe, et la muqueuse vésicale au même titre que les autres muqueuses de l'économie peut en être atteinte. La richesse de sa vascularisation, sa congestion facile et fréquente, y permettront la localisation et le développement du tréponème de Schoudinn », dira Durœux, dans son travail sur la Syphilis et la Vessie. Il est évident que, quoique très rares, les lésions de la vessie d'origine syphilitique existent. En particulier, « la forme ulcéro-gommeuse de syphilis tertiaire, susceptible de déterminer la perforation de toute l'épaisseur de la paroi vésicale » (Marion), pourra à la faveur d'une péricycstite entraîner la formation d'une fistule colo-vésicale.

En 1912, G. Picot relate l'histoire d'un malade de 53 ans atteint de syphilis vésicale et urétrale, et présentant des signes d'une fistule vésico-intestinale. L'examen cystoscopique permettant de constater « la présence d'éléments papulo-ulcéreux et d'une fistule dont les bords sont taillés à pic, éveille de suite l'idée de syphilis ». La réaction de Wassermann effectuée est positive, et un traitement par le bi-iodure de mercure est institué. Un nouvel examen cystoscopique pratiqué après la vingtième piqûre de bi-iodure permet de constater que « l'orifice fistuleux était plus petit, plus arrondi... Les ulcérations de la partie gauche de la vessie et du pourtour de l'orifice urétéral gauche avaient disparu ». D'autre part, les signes cliniques diminuaient sensiblement.

Malheureusement un traitement par le Novorsénobenzol dut être arrêté dès la deuxième piqûre, et le malade refuse une intervention chirurgicale.

Blanc et Negro (observation n° 12) par contre, dans un cas semblable, parvinrent à une guérison complète par le traitement antisyphilitique,

D. — Nous ne ferons que citer différentes causes de fistules colo-vésicales. Pascal cite quelques cas d'inflammation dans sa thèse en 1900; mais sans s'arrêter sur la nature de cette inflammation ! Quant aux corps étrangers de la vessie, ils sont le plus souvent secondaires, et nous ne pouvons guère en faire mention dans les fistules pathologiques.

3° FISTULES A POINT DE DÉPART EXTRA-COLO-VÉSICAL.

Ces fistules seront consécutives, tantôt à des lésions du péritoine (péritonites tuberculeuses, aiguës, pelviennes), tantôt à des lésions de l'utérus ou des annexes (tumeurs utérines, salpingites, etc...). Mais, et surtout en cas de lésions primitives du bassin, nous aurons des fistules dont le siège intestinal intéressera le plus souvent la région rectale.

Le plus grand nombre de cas observés ont comme origine des abcès appendiculaires ou pelviens, et intéressent le cœcum ou l'anse sigmoïde.

Nous ne rapporterons que le compte rendu (observation n° 13) d'un cas de fistule entéro-vésicale présenté par M. Guibé dans le *Journal de Chirurgie* ; suivi d'une autre observation où la fistule intéresse

à la fois le cœcum, l'iléon et l'anse sigmoïde (observation n° 14).

En résumé, nous voyons d'après cette brève étude, que les fistules colo-vésicales intéressent en grande majorité l'anse sigmoïde. Les côlons transverse, ascendant et descendant ne sont que très rarement atteints.

De plus, ce sont les fistules pathologiques qui dominent et parmi elles, celles qui ont une origine inflammatoire, due le plus souvent à une diverticulite; le cancer n'arrive qu'au second plan dans leur étiologie; et les autres : syphilis, tuberculose, corps étrangers, etc..., sont exceptionnelles.

PATHOGENIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est intéressant de considérer à la suite de quels processus de telles fistules peuvent s'établir.

Ainsi que le dit Marion, les fistules néoplasiques sont consécutives à la destruction des tissus d'un néoplasme ayant pris naissance soit sur la vessie, soit sur l'intestin, et ayant déterminé préalablement des adhérences entre les organes; et les fistules inflammatoires seront dues soit à des inflammations de la vessie ou de l'intestin propagées de l'un à l'autre organe, et ayant créé par ulcération une communication entre eux, soit à des inflammations de voisinage ouvertes simultanément dans la vessie et l'intestin.

ORIGINE EXTRA-VÉSICALE.

Suivant les divers stades de la progression de l'infection, on reconnaît d'abord la congestion et l'infiltration interstitielle; en progressant, il se produit ensuite des exsudats fibrineux, puis séreux, séropurulents ou purulents. Cette sérosité ou ce pus s'enkystant dans le petit bassin, la paroi vésicale peut alors former corps avec les épaissements consé-

cutifs des parois de ces poches; et progressivement, avec la réaction de la tunique vésicale, nous arriverons à une perforation mettant en communication un abcès péritonéal enkysté avec la vessie, donnant lieu à une fistule pyo-vésicale qui deviendra fistule vésico-pyo-viscérale s'il y a communication avec un viscère. Peu à peu enfin, et le pus disparaissant, la vessie et viscère peuvent s'accoler ensemble, et il se forme une fistule vésico-viscérale (P. Delbet).

ORIGINE VÉSICALE.

Dans le cas d'infection aiguë, le péritoine après ulcération du paracyste étant attaqué par sa face profonde peut donner lieu à une péritonite aiguë parfois généralisée.

Mais dans le cas qui nous intéresse, nous aurons ordinairement affaire à une infection chronique car le péritoine, écrit Delbet, s'épaissit et s'organise si bien que la péricystite restant le plus souvent adhésive et localisée, une perforation faisant communiquer la vessie et les organes voisins peut se produire.

Nous assistons ainsi à un processus de péritonite plastique banal avec formation d'adhérences plus ou moins étendues qui, tantôt n'intéressent qu'une faible partie du côlon, et tantôt constituent une masse énorme bloquant toute la région.

La *vessie* ne présente le plus souvent que des manifestations inflammatoires locales autour de l'orifice fistuleux, avec parfois œdème bulleux du voisinage moins immédiat (Dominici). Néanmoins, ses parois seront épaissies, et sa capacité réduite. Quant à la

fistule, elle siège ordinairement au sommet ou à la paroi postérieure de la vessie. Le côté gauche, à cause de la plus grande fréquence des fistules sigmoïdiennes sera plus souvent atteint que le côté droit.

Le *côlon* par contre, subit des altérations importantes. On note souvent une sténose en cas de diverticulite « avec distension de l'anse située en amont par une stase, de gaz et de matière » (Latifi). Quel que soit le siège intestinal de la fistule, si cette dernière est d'origine néoplasique, on notera une hypertrophie, une infiltration notable de la paroi colique. Si la fistule est de nature tuberculeuse, on trouvera parfois des ulcérations au voisinage de l'orifice fistuleux.

Cet *orifice* sera de forme, de dimensions très variables, pouvant aller de quelques millimètres à cinq centimètres de diamètre (Judd). De plus, comme c'est le cas dans une de nos observations personnelles, plus ou moins éloigné de l'orifice urétéral, ce dernier peut se trouver directement compris dans la formation fistuleuse (Sutton).

Quant à la *fistule* proprement dite, elle pourra être *directe*, c'est-à-dire ne constituer qu'un orifice intéressant à la fois les deux parois colique et vésicale intimement unies; ou *indirecte*, et constituer alors un véritable trajet entre les deux organes. De plus, elle pourra être, soit *unique* ou *coexister* avec d'autres, soit *rectiligne* ou *sinueuse*, se trouvant parfois interrompue par des cavités ou des anfractuosités pouvant contenir des matières, du gaz et même des calculs (Caraven, Damien, Masson).

SYMPTOMATOLOGIE

Avant de rappeler brièvement les signes cliniques de la fistulé colo-vésicale, une fois constituée, il est une question importante à laquelle nous avons à répondre : EXISTE-T-IL DES SIGNES SUSCEPTIBLES DE NOUS FAIRE PENSER A LA FORMATION D'UNE FISTULE, ET QUELS SONT-ILS ?

En parcourant les nombreuses observations publiées de fistules vésico-intestinales, nous sommes frappés par la fréquence des signes de cystite dans le passé du malade, et nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à Latifi la réponse à la question posée : « un sujet en bonne santé apparente, mis à part quelques désordres gastro-intestinaux, négligés le plus souvent, voit apparaître un jour quelques troubles urinaires, lentement progressifs; on peut les décrire au nombre de quatre :

- pollakyurie;
- miction difficile s'accompagnant de gêne ou de douleur;
- tiraillements intra-pelviens à la fin de la miction;
- urines absolument claires (pendant longtemps).

Ces quatre symptômes constituant le syndrome qu'il appelle la « fausse cystite pré-fistuleuse ».

Une fois ce stade passé, nous arrivons au tableau classique de la fistule colo-vésicale constituée.

Le début est loin d'être toujours le même. Il peut être rapide ou lent, insidieux. Le signe qui de beaucoup le plus fréquent frappe le malade, attire son attention et celle du médecin est l'émission de gaz par l'urèthre à l'occasion d'une miction. Un phénomène assez fréquent encore est l'apparition d'une urine bourbeuse, d'odeur fétide, fécaloïde. Elle contient même des matières fécales concrétées, mais ce symptôme est plus rarement signalé comme symptôme de début; de même que l'émission d'urine par l'anus. Parfois même ce sont des phénomènes douloureux au niveau de l'hypogastre ou le long du canal de l'urèthre qui ouvrent la scène.

A la période d'état, trois symptômes fondamentaux :

- 1° Emission de gaz par l'urèthre ou pneumaturie;
- 2° Présence dans l'urine de substances venues du tube digestif, ou fécalurie;
- 3° Emission des urines par l'anus.

I. — La pneumaturie se fait ordinairement au moment des mictions, mais pas obligatoirement. Cette émission est souvent sonore : « le malade, dit Oppenheim, raconte qu'il urinait quand le jet s'arrêta net avec un bruit sonore; puis des gaz sortirent de son urèthre sans douleur; après les gaz l'urine reprit son cours »; mais peut être silencieux. D'une manière générale, émission indolore, de quantité, fréquence et odeur très variables.

II. — Parmi les substances venues de l'intestin, les matières fécales sont naturellement les plus fréquentes. Néanmoins leur apparition dans l'urine est parfois beaucoup plus tardive que la pneumaturie.

Leur quantité est très variable, allant « d'une petite proportion jusqu'à une extrême abondance » (Pascal), et leur émission est influencée par la position du malade. Emises tantôt presque à l'état solide, tantôt sous forme de boue épaisse se déposant au fond du bocal, elles communiquent ordinairement à l'urine une odeur fécaloïde.

Mais avec les matières fécales passent des aliments modifiés à des degrés divers par les sucs digestifs; il en est de parfaitement reconnaissables (grains de raisins, os de poulet, etc...) comme c'est le cas dans une de nos observations personnelles (obs. 1). A l'occasion leur volume peut fournir une présomption sur le calibre possible de l'orifice de communication.

III. — Quant à l'émission des urines par l'anus, il est beaucoup plus difficile de l'observer. Celle-ci est d'ailleurs moins fréquente que celle des matières avec l'urine. Son époque d'apparition, sa fréquence et son abondance sont très variables.

A cette triade symptomatique viennent s'ajouter des *troubles fonctionnels* et une atteinte de l'*état général*.

Au début, des douleurs parfois très vives le long du canal, irradiées vers la vessie, la région lombaire ou le rectum. Plus tard, lorsque la vessie est infectée,

nous avons le tableau complet de cystite avec douleurs plus ou moins vives à la miction, pollakyurie, polyurie s'accompagnent ensuite de pyurie avec fièvre, mauvais état général, amaigrissement, etc... L'état général est d'autant plus précaire que la fistule survient souvent chez un individu déjà affaibli par une affection chronique ou aiguë, et chez lequel l'inquiétude morale viendra ajouter sa fâcheuse influence.

Ainsi que le disait Pascal « l'amaigrissement, la perte progressive des forces et de l'appétit, les troubles digestifs et urinaires amènent progressivement la cachexie ».

DIAGNOSTIC

En présence d'une pneumaturie spontanée, il faut toujours penser à une fistule vésico-intestinale, dit Marion.

Les circonstances, parmi lesquelles nous citerons le diabète, la rupture d'abcès pyo-gazeux péri-vésical, etc., qui peuvent donner naissance à une émission de gaz par l'urèthre, sont en effet exceptionnelles en dehors de fistules entéro-vésicales. C'est dire que le diagnostic sera facile, surtout s'il y a co-existence de pneumaturie et de fécalurie.

Mais une fois le diagnostic posé, il importe de localiser la situation des orifices fistuleux. L'histoire du malade, une douleur dans les fosses iliaque droite ou gauche, un empâtement de ces régions peuvent nous guider dans le diagnostic de la localisation intestinale. Mais nous ne pourrons avoir une certitude qu'en ayant recours à différents examens sur la technique desquels nous ne nous étendrons pas puisqu'ils sont décrits dans tous les traités modernes d'urologie.

Nous ne ferons que citer pour mémoire :

I. — L'introduction de matières colorantes, soit par la vessie, soit par lavement. Selon le procédé

utilisé, on retrouvera les liquides employés dans les selles ou dans l'urine. On utilise dans ce but le bleu le méthylène, le carmin; et pour les examens sous écran, des produits opaques aux rayons X comme la baryte, l'iodure de sodium, le Ténébryl, etc... Il semble d'après les résultats obtenus que le lavement coloré soit plus fidèle dans ses résultats que l'injection vésicale.

II. — La cystoscopie, indispensable, qui permettra ordinairement de déceler le siège vésical de l'orifice fistuleux. Cet examen sera également très intéressant à pratiquer si quelques signes précurseurs laissent soupçonner la formation d'une fistule. Notons en passant les difficultés que l'on pourra rencontrer lorsque, en présence d'une grosse fistule, on voudra remplir la vessie de liquide pour faire cet examen.

D'après Dominici, l'endroit de la vessie où se prépare la perforation se présente tout d'abord invaginé, puis on note une rougeur diffuse, puis un œdème franc. L'œdème bulleux survient ensuite, précédant de peu la perforation de la paroi vésicale.

Au moment de cette perforation, on peut constater un point ou une petite fente si l'œdème n'est pas trop développé; si l'œdème est au contraire important, on ne peut que suspecter la perforation, masquée au milieu des bulles d'œdème ou au fond d'un sillon profond.

Lorsque la perforation est de date relativement ancienne, les signes inflammatoires sont moins mar-

qués et l'orifice fistuleux devient en général nettement visible.

D'après Marion, les caractères des fistules peuvent être ramenés à deux types : ou bien l'on voit nettement l'orifice fistuleux, sous forme d'un orifice noir plus ou moins irrégulier, ou entouré par une muqueuse plus ou moins boursoufflée. Ou bien, l'on ne voit pas d'orifice, mais simplement une région de la paroi vésicale œdématiée, avec parfois une dépression plus ou moins accentuée et étendue, et présentant souvent des saillies en forme de bourgeons charnus, soit dans le voisinage ou au fond d'une des dépressions existantes.

Dans les fistules consécutives à l'évolution d'un néoplasme vésical ou intestinal, l'orifice sera perdu parfois au milieu des saillies néoplasiques telles qu'on les observe dans l'épithélioma vésical. A l'examen cystoscopique ressortira ainsi la grosse différence existant entre les fistules consécutives à un processus inflammatoire, et les fistules traumatiques, à bords beaucoup plus nets.

On verra de plus assez souvent au cours de l'examen sourdre des débris alimentaires par l'orifices fistuleux.

III. — Examen radiologique, après lavement opaque sous écran. Résultats inconstants. Nous n'insistons pas sur la technique de cet examen, et nous renvoyons le lecteur à la description qu'en fait Latifi dans sa thèse sur les fistules vésico-sigmoïdiennes.

car les procédés sont identiques pour l'exploration de tout le côlon.

IV. — En cas de fistule siégeant sur la région sigmoïdienne, on pourra avoir recours à la sigmoïdoscopie. Mais c'est là un procédé que nous ne recommanderons guère car cet examen n'est pas exempt de dangers et les résultats qu'il fournit sont le plus souvent négatifs.

EVOLUTION -- PRONOSTIC

Comment vont évoluer les fistules colo-vésicales laissées sans traitement ?

Nous avons déjà vu que, à la triade symptomatique de la fistule, viennent bientôt s'ajouter les signes d'une cystite avec douleur à la miction, pollakyurie, pyurie, fréquence des mictions, etc... Souvent la vessie va s'infecter, étant ainsi le point de départ d'une infection ascendante qui atteindra successivement les uretères, puis le rein pour aboutir parfois à une pyélonéphrite, unie ou bilatérale.

Notons encore que la stase vésicale des débris alimentaires ou des matières fécales, ainsi que la présence d'un calcul peuvent entraîner une rétention d'urine.

Sans insister sur l'érythème vulvaire ou la rectite chronique possibles, nous voyons que l'évolution, bien que très longue, nous permet de leur attribuer un pronostic assez sombre. Abandonnée à elle-même,

la fistule colo-vésicale aboutit en effet généralement à une issue fatale. Blaquinque disait en 1870 que ce pronostic, « très sérieux, était subordonné à la nature des symptômes que cette affection présentait, et que le malade avait beaucoup plus de chances de guérir si l'urine seule passait à travers le tissu fistuleux que si les matières intestinales venaient s'accumuler dans la vessie ». Les fistules de nature néoplasique seront évidemment beaucoup plus graves que les fistules inflammatoires; mais d'après les résultats relevés dans les observations publiées durant ces dernières années, le pronostic est d'autant moins sombre que l'intervention plus précoce permet d'agir sur un organisme dont l'état général est peu atteint.

TRAITEMENT

En continuant à tenir compte de la différenciation que nous avons tenté d'établir entre les signes cliniques existant aux stades pré-fistuleux et fistuleux, nous passerons successivement en revue les traitements susceptibles d'être envisagés à ces deux époques.

I. — Stade pré-fistuleux

A) TRAITEMENT MÉDICAL. — Ainsi que nous l'avons déjà dit, le diagnostic précoce n'est fait que très rarement, et le traitement médical qu'on institue le plus souvent pour les signes de cystite ne sera guère modifié. Il constituera toujours essentiellement en des conditions d'hygiène alimentaire stricte, du repos, une diététique étroite, la lutte contre la constipation car on pense souvent à une infection d'origine colibacillaire, et enfin en l'emploi de désinfectants intestinaux.

Néanmoins, suivant l'intensité de l'inflammation ou de l'infection, et l'état général ne s'améliorant pas, on aura recours au :

B) TRAITEMENT CHIRURGICAL. — A ce stade, et après incision abdominale, si on remarque des adhérences

importantes entre la vessie et une portion du côlon, le traitement chirurgical se limitera à une dissection des organes qu'on libèrera de leurs adhérences.

S'il y avait abcès péri-vésical, il devrait être incisé, puis drainé.

II. — Stade fistuleux

A) TRAITEMENT MÉDICAL. — A cette époque, le traitement médical seul ne sera utilisé que pour des fistules d'origine syphilitique. En effet, les résultats de cette thérapeutique sont très encourageants puisque dans la thèse de Mondon nous trouvons sur 10 fistules de cette nature :

5 guérisons, 3 améliorations et 2 morts.

Par contre, comme adjuvant du traitement chirurgical, il sera d'une grande importance. On veillera au libre écoulement de l'urine en mettant une sonde à demeure pendant la semaine au moins qui suit l'intervention. Quant à la vessie elle-même, elle ne nécessite en général aucun traitement particulier. Il suffit d'un léger lavage journalier et de l'emploi prophylactique de désinfectants urinaires pour éviter pyélite ascendante et pyélonéphrite.

B) TRAITEMENT CHIRURGICAL. — a) Dérivation simple ou colostomie, simple intervention de suppléance puisque ne s'attaquant pas à la fistule elle-même. Elle sera pratiquée chez des sujets cachectiques ou trop affaiblis, en présence d'un syndrome occlusif

aigu ou d'une sténose serrée avec occlusion chronique, et devra être « le plus bas possible » (Adwards). Elle n'aboutira naturellement jamais à la cicatrisation du trajet fistuleux, mais permettra parfois d'intervenir dans un second temps opératoire sur les lésions principales.

b) Cure radicale par voie abdominale. — Procédé le plus simple, ordinairement et le plus logique, mais qui n'est malheureusement pas toujours praticable. L'opération consiste, après laparotomie médiane sous-ombilicale, à sectionner les adhérences, exciser le trajet fistuleux et suturer séparément les deux orifices. Avec les fistules colo-vésicales dues à une dégénérescence maligne ou à la tuberculose, soit de l'intestin ou de la vessie, des opérations très étendues sont parfois nécessaires, suivant le siège de la tumeur et l'étendue de l'envahissement. Quand la tumeur est d'origine vésicale, il est nécessaire de pratiquer une résection étendue de la vessie, et s'il est possible aussi de l'intestin. Young a trouvé dans un de ses cas un cancer envahissant la région iléo-cœcale et appendiculaire. On dut pratiquer dans ce cas une petite résection de la vessie et une résection très étendue de l'intestin.

c) Cure radicale par voie transvésicale. — Ce procédé, proposé en 1884 par LE DENTU, critiqué déjà par BAZY en 1903, lors d'une séance à la Société de Chirurgie, et « proscrit sans discussion », par LATIFI, semble néanmoins nous avoir donné un résultat satisfaisant pour un de nos malades. Ce n'est cepen-

dant pas le procédé de choix, et nous garderons la préférence à la voie abdominale.

d) Colectomie en 1 temps. — Nous rapportons dans une de nos observations, le cas signalé par BOEHM et DEAN où on pratiqua simultanément une colectomie et une cystectomie. Il faut dans ce cas se trouver en présence d'une masse extirpable chez un sujet assez résistant pour supporter une telle intervention, toujours choquante.

OBSERVATIONS

Obs. 1. — *Personnelle.*

Fistule colo-vésicale post-opératoire. Laparotomie médiane. Guérison.

Mlle O..., âgée de 12 ans, entre à l'Asile Gatién de Clocheville en février 1934. Elle a été déjà opérée 5 ans auparavant, et on lui a fait à cette époque là une lithotritie.

Elle vient consulter pour pyurie et émission de corps étrangers par la vessie: les parents auraient constaté la présence d'un petit os de poulet dans les urines. On met la malade en observation, et on constate alors que les urines émises sont d'une très grande purulence et d'une odeur fécaloïde. De plus les mictions s'accompagnent parfois d'émission de gaz par l'urèthre; mais on ne remarque aucun corps étranger alimentaire. Suspectant d'après l'histoire de la maladie une communication anormale entre vessie et intestin, on pratique :

1° Un lavement coloré au bleu de méthylène. Celui-ci s'accompagne d'une émission immédiate d'urines fortement colorées en bleu.

2° Une injection vésicale de bleu de méthylène. L'épreuve est beaucoup moins concluante que la précédente et nous fait suspecter la présence d'un clapet.

3° Une cystoscopie. Celle-ci confirme d'une façon absolue la communication vésico-intestinale. On voit très nettement au niveau du bas-fond vésical un orifice

noirâtre de la largeur d'une pièce de cinquante centimes par lequel s'échappe en flocons un liquide légèrement trouble.

En résumé, le diagnostic de fistule entéro-vésicale est confirmé et une intervention chirurgicale est décidée.

Opération (Schleich). — Etant donné le siège de la fistule sur le bas-fond vésical, le Dr. P. Vialle décide d'intervenir par la voie abdominale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, on est frappé par l'adhérence du sigmoïdè au fond de la vessie. Celle-ci est cependant facilement détachée de la paroi intestinale, et la communication apparaît, limitée à un petit canal d'un centimètre de diamètre environ. Après la pose de clamps sur le fond de la vessie et sur l'intestin, on libère ces deux organes. La communication est obturée respectivement de chaque côté par trois surjets d'enfouissement successifs. Afin d'éviter des adhérences post-opératoires, on fixe le sigmoïde contre la paroi iliaque interne par quelques points aux fils de lin. R. S. D.

Suites opératoires. — Une sonde à demeure permettant le repos vésical est laissée huit jours pendant lesquels ventre et température ne donnent aucun sujet d'inquiétude. La malade se lève douze jours après l'intervention. *Les urines sont redevenues absolument normales*, et les trois épreuves pratiquées à nouveau sont négatives.

Suivie pendant plusieurs mois, la malade n'a présenté aucun signe d'infection urinaire ascendante.

Au total : fistule colo-vésicale post-opératoire, due vraisemblablement à une lithotritie trop brutale, et guérie sans complication par la voie abdominale.

Obs. 2. — Personnelle.

Fistule colo-vésicale post-opératoire. Intervention. Guérison.

Mme G..., âgée de 45 ans est envoyée à la Clinique Saint-Michel à Chinon, en janvier 1936 car elle présente depuis quelques mois les signes d'une cystite rebelle.

L'interrogatoire de la malade nous apprend que celle-ci a subi dix ans auparavant dans une autre ville une hystérectomie totale. Renseignements pris, nous savons qu'un surget colo-vésical avait été pratiqué pour limiter une extension possible de l'infection.

L'étiologie réelle de cette cystite ne nous apparaît pas immédiatement, et de nombreuses recherches sont pratiquées, le diagnostic s'orientant vers une lithiasé ou une tuberculose rénale. Ce n'est qu'à la cystoscopie qu'on met en évidence un petit calcul vésical associé à un orifice anormal que nous supposons faire communiquer vessie et intestin. L'intervention chirurgicale est décidée; mais l'état de la malade nécessite une longue période pré-opératoire qui fut consacrée à une rigoureuse désinfection vésicale et rénale.

Opération. — Pratiquée par le Dr. P. Vialle. Anesthésie au Schleich. On décide d'intervenir par la voie abdominale. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Très nombreuses adhérences à la paroi. Le sigmoïde apparaît bloqué contre le fond vésical sur une longueur de vingt centimètres. Il faut désinsérer la fixation colo-vésicale sur tout son parcours pour mettre en évidence une petite communication de 4 millimètres de diamètre, et sans canal intermédiaire notable. Enfouissement des deux orifices sous trois surgets à la soie, mais on éprouve de grandes difficultés pour reconstituer la péritonisation. R. S. D.

Suites opératoires. — Elles furent très simples. Une sonde à demeure fut laissée une semaine pour assurer le repos vésical. Lever le douzième jour; mais persistance pendant six mois de signes de pyélonéphrite qui fut

guérie par l'administration de différents désinfectants urinaires. Revue depuis, on peut constater que la guérison de la malade était complète.

Au total: fistule colo-vésicale post-opératoire. Guérison après intervention par la voie abdominale.

Obs. 3. — Personnelle.

Fistule colo-vésicale due à un cancer de l'anse sigmoïde. Intervention. Guérison maintenue 3 mois, mais suivie de récédive.

M. R..., âgé de 60 ans est envoyé par son médecin en mars 1937 à la clinique du Dr. Vialle pour cancer sigmoïdien mis en évidence par différents examens radiologiques déjà pratiqués.

A l'examen, l'attention est attirée vers des signes de cystite. De plus, le trouble des urines émises, leur odeur fécaloïde, auxquels vient s'ajouter le résultat d'un nouvel examen radiologique nous fait soupçonner l'existence d'une fistule pathologique. On pratique une cystoscopie. Celle-ci est extrêmement difficile car la paroi vésicale est très infectée et le liquide reste longtemps trouble. On perçoit cependant au milieu des fongosités un orifice anfractueux, de contours irréguliers, par lequel viennent sourdre des substances légèrement brunâtres.

Le diagnostic de fistule entéro-vésicale est posé et une intervention décidée, malgré un état général atteint.

Opération. — Dans un premier temps on décide, afin de conserver la possibilité d'un deuxième temps abdominal visant la cure du cancer sigmoïdien, d'aborder la fistule par voie trans-vésicale.

Laparotomie sus-pubienne. Ouverture de la vessie. Etalement de ses parois et mise à jour d'une large communication vésico-intestinale. Une difficulté surgit à cause du voisinage qui existe entre la fistule et l'orifice

urétéral gauche, rendant difficile la dissection de la paroi vésicale pour gagner le tissu sain. Au bistouri coudé, suivant le procédé de Marion, on libère par clivage et aussi largement que possible les parois vésicales des parois intestinales. Chacune d'elle est ensuite invaginée sous trois baveses successives ; mais celles-ci sont difficiles à exécuter car le terrain est encore friable et les fils coupent dans ce tissu gagné par l'infection néoplasique. On peut cependant établir trois plans à peu près satisfaisants. Fermeture sans drainage, suivie d'une sonde à demeure.

Suites opératoires. — Le malade est laissé sur le ventre pendant 8 jours. La température reste élevée. Cependant la guérison semble obtenue quinze jours après l'intervention. Les examens pratiqués sont satisfaisants, et le malade part de la maison de santé pour se rétablir en attendant le deuxième temps opératoire.

Il revient donc nous voir trois mois après dans le but d'être opéré de son cancer ; mais un examen cystoscopique nous révèle une récurrence fistuleuse. De plus son état général, loin de s'être amélioré durant sa convalescence, s'est aggravé, et le malade s'achemine lentement vers la cachexie. Aucune opération ne peut être tentée dans ces conditions, et le malade meurt six mois plus tard.

Au total : homme de 60 ans présentant une fistule colo-vésicale pathologique due à un cancer sigmoïde. Intervention chirurgicale par voie trans-vésicale. Guérison se maintenant pendant trois mois environ, mais suivie après ce délai, de récurrence accompagnée d'une carcinose pelvienne mortelle.

Obs. 4. — LOUMEAU (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1914).

Fistule colo-vésicale par cancer du colon pelvien.

Malade de 55 ans, envoyé le 23 juin 1912 pour fistule vésico-intestinale dont les débuts l'avaient surpris en pleine santé, sans douleur préalable ni gêne d'aucune sorte du côté des fonctions digestives ou urinaires. Ils s'étaient caractérisés par une hématurie abondante, continue, spontanément apparue le 14 mai précédent, et bientôt compliquée de fécalurie, de pneumaturie, avec suppression complète de toutes matières intestinales par l'anus. Très affaibli et sensiblement amaigri par cette perte de sang, le malade rend par la verge une matière fécale épaisse, d'un aspect si normal que, joint à l'absence de toute renseignement positif par le toucher rectal et le palper abdominal, il permet de localiser le siège de la communication fistuleuse de la vessie et de l'intestin à la partie inférieure du colon pelvien, région inaccessible à toutes les investigations pratiquées. Le malade ayant eu jadis une gomme syphilitique de la jambe, guérie par le traitement spécifique, fut pendant plusieurs semaines soumis à une cure intensive par deux injections intra-veineuses de néosalvarsan à 0,45 cgr. combiné avec du Mercure et de l'Iodure de Potassium à hautes doses. Ce traitement eut pour résultat de provoquer au bout de douze jours l'apparition du côté de l'anus de selles molles et sanguinolentes, amenant une clarification parallèle des urines émises par le canal. Mais l'éruption, le 15 juillet, d'un zona hémithoracique inférieur gauche, confluent, indolent et apyrétique, qui devait persister pendant 3 semaines constituant un symptôme de sinistre présage relativement à la probabilité d'une tumeur maligne de l'intestin secondairement ouverte dans la vessie, une laparotomie médiane sous-ombilicale fut pratiquée en Trendelenbourg le 21 juillet, pour permettre la précision du diagnostic et l'orientation d'une thérapeutique rationnelle. Une tumeur dure, li-

gneuse, du volume d'une mandarine, emplissant le cul-de-sac de Douglas, unissait dans une masse fixe et solidement adhérente aux parois du bassin la partie inférieure du colon pelvien à la partie postérieure de la vessie. Aucune trace de péritonite, mais aspect gaufré de la séreuse, qui est rétractée et soudée au sommet de la tumeur, laquelle est évidemment un squirrhe recto-sigmoïdien centralement ramolli et ulcéré du côté de la vessie.

Un anus iliaque gauche à éperon fut pratiqué et la plaie hypogastrique fermée sans drainage, par trois plans de suture qui assurèrent la guérison par première intention. Par l'orifice supérieur de l'anus artificiel, on vit apparaître le 3 août un long polype intestinal cylindrique, large de 7 mm., long de 3 cm. à extrémité terminale renflée en forme de phallus imperforé, polype qui fut, au-dessous d'une ligature au catgut, sectionné au thermocautère au ras de son implantation sur la muqueuse intestinale. Par ce même orifice supérieur de l'anus iliaque s'écoulèrent désormais toutes les matières fécales, dont aucune trace ne se fit plus jour par le canal. Dès lors, grand soulagement physique et moral pour le malade, qui urina dorénavant partie par la verge, plus encore par l'orifice inférieur de l'anus anormal, et en quantité bien plus abondante par l'anus naturel. De cette manière put être reprise la vie active du sujet et retardée de plusieurs mois l'apparition d'une cystite douloureuse qui tortura les derniers jours de l'opéré, emporté doucement le 7 avril par les progrès de la cachexie cancéreuse, sans aucun symptôme d'infection urinaire ascendante ni de rectite attribuable à l'écoulement de l'urine par le rectum.

Obs. 5. — G. A. MALCOLM (in Chavannaz).

Fistule colo-vésicale, origine tuberculeuse probable.

Cystite pendant trois ans; gaz par l'urèthre presque à chaque miction. Mort.

A l'autopsie: la muqueuse de la vessie présentait plusieurs points ulcérés; communication entre la vessie et la flexure sigmoïde.

Du côté intestinal, large ouverture avec des bords fongueux. Fistule valvulaire du côté vésical, ce qui empêchait le passage de l'urine dans l'intestin.

Tuberculose pulmonaire double avec cavernes.

Obs. 6. — BEDRNA (*Zeit. für Urol. Chir.*, 1933, t. XXXVII, p. 361), résumé.

Fistule colo-vésicale, d'origine actinomycosique.

M., femme de 55 ans ayant eu deux grossesses sans complication; fait en 1907 un avortement suivi de fièvre et est traitée pendant longtemps pour annexite gauche. En 1925 refait des accidents utéro-annexiels qui durent encore quelques mois. Elle se porte bien ensuite jusqu'en 1930 où elle constate dans la partie gauche du bas-ventre la formation d'une tumeur qui augmente de volume. Elle fait en même temps des accès de fièvre et de frisson. Elle se fait soigner pendant 3 mois dans une maternité où on porte le diagnostic de tumeur annexielle gauche qui après l'application d'air chaud devient indolore et diminue beaucoup de volume. Elle quitte l'hôpital avec une constipation chronique et de petits accès de fièvre passagers; se porte bien jusqu'en février 1932 où elle fait une grippe qui dure 14 jours avec fièvre et douleurs au niveau des membres inférieurs. Depuis elle a constamment de la céphalée et se sent très faible.

Au milieu du mois de mars, fièvre 38° et frissons, et bientôt elle constate le passage des gaz avec les urines

et un peu de brûlure à la miction, qui est de fréquence normale. Pas de trouble de défécation. Elle se fait soigner pendant 2 semaines à domicile et avec une fièvre intermittente rentre à la clinique, où en présence d'une pyurie résistant à toute thérapeutique on l'envoie à un examen urologique. Le 19 avril 1932: Malade d'une taille moyenne, cachectique, très pâle. La température 39°1. Le pouls à 120 mais régulier. L'abdomen, légèrement voûté, fait entendre à la percussion un son tympanique. Le foie est lisse, douloureux et dépasse de 2 travers de doigt les fausses côtes. Légère douleur sus-pubienne à la palpation.

— Cystoscopie: inflammation diffuse de la vessie; au fond et à gauche, ouverture circulaire de 2 mm. de diamètre. Au toucher vaginal, on constate une grosseur d'un œuf, indolore à la pression à gauche de l'utérus. Il s'agit donc d'un processus extra-vésical en rapport avec l'intestin.

— Rectoscopie: à 16 cm. de l'anus, courbure et rétrécissement de la lumière.

— D'après examen radiologique, il s'agirait d'une formation pathologique située à gauche dans le petit bassin, et refoulant le rectum à droite.

— Cystographie: aucune altération visible de la vessie.

Le 21 avril 1932, lavage des bassinets et traitement médical; le 23, transfusion sanguine de 350 cc. et le 29 avril 1932 opération.

Anesthésie rachidienne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anse sigmoïde, anses grêles et moitié gauche de la vessie adhérent entre elles. On trouve un abcès entre les annexes et la vessie, et on le draine. L'examen du pus de l'abcès montre de nombreux filaments actino-

mycosiques. La température redevient normale, et on continue les lavages de la vessie. Persistance d'une petite fistule à la partie inférieure de la cicatrice, malgré iodure de sodium et rayons X. Le foie grossit progressivement et l'état de la malade empirant, le 24 septembre, sous chlorure d'éthyle, on ouvre sous l'appendice xyphoïde un abcès gros comme le poing, puis on le draine. La température redescend à la normale, mais l'état général décline à vue d'œil, et elle meurt de défaillance cardiaque le 5 octobre 1932.

— A l'autopsie, le cerveau, le cœur contiennent un liquide louche (cocci et bâtonnets gram+ et filaments), endocardite et végétations de l'endocarde. Poumons œdémateux et contenant du même liquide. Le foie gros, dégénéré; à sa périphérie une scissure, tout autour des abcès contenant du pus actinomysique. La vésicule biliaire augmentée de volume contient un calcul. Au niveau de l'estomac, gastrite chronique. Les reins artério-scléreux, avec de petits abcès corticaux où on ne trouve pas de filaments d'actinomycose. Les bassinets présentent de petites hémorragies. La vessie: au côté gauche du fond, au-dessous de l'uretère, une ouverture circulaire de 3 mm. de diamètre en rapport avec un abcès du Douglas, lequel à son tour est en rapport avec le sigmoïde. L'abcès est aussi en rapport avec la fistule pariétale par un trajet grêle constitué de tissu cicatriciel. Les parois de l'abcès sont formées par des anses grêles adhérentes, par les annexes gauches, et par le sigmoïde. L'ovaire gauche est complètement fixé par des adhérences et porte plusieurs kystes remplis de liquide et de cristaux de cholestérine.

Dans la vessie cystite nécrosante et hémorragique. Utérus petit, mais normal. Les annexes circulaires, 2 cm. de diamètre, en rapport avec l'abcès du Douglas

par un canal cicatriciel et relativement très droit. Au niveau des membres inférieurs dans les veines crurales jusqu'à la veine cave inférieure, des thromboses progressives.

Au point de vue bactériologique, le liquide du foie et celui de l'abcès donnent en culture de nombreux filaments actinomycosiques. Dans le liquide des valvules de streptocoques.

Obs. 7. — DUVAL E. (*Normandie médicale*, Rouen, 1922, n° 5, pp. 174-175).

Fistule colo-vésicale due à des ulcérations simples du gros intestin.

Alice B..., âgée de 26 ans, sans aucun antécédent personnel ni familiaux, remarque un jour, par hasard, dans son vase, la présence d'un haricot. Intriguée, elle s'observe et constate qu'à certaines heures, ses urines sont troubles, salies, avec du pus, des débris alimentaires, des matières fécales effilées et enrubannées. De plus fréquemment la miction provoque l'expulsion de gaz. Ce sont les seuls symptômes et un interrogatoire et un examen approfondi ne purent en révéler d'autres.

La cystoscopie montre une vessie absolument saine, sans aucune cystite du bas-fond ni du trigone, mais à la partie supérieure gauche de la vessie, on voit un orifice à bords très nets, non ulcérés, d'aspect cicatriciel et de forme un peu losangique, de la dimension apparente d'une pièce de cinquante centimes. De temps à autre, par l'orifice on voit sourdre une matière noirâtre, laminée, qui progresse lentement en se tortillant pour tomber dans la cavité vésicale. Par cet orifice dont les alentours sont absolument normaux on peut introduire une sonde qui va se perdre loin derrière. Diagnostic facile de fistule vésico-colique, probablement vers l'S

iliaque, mais dont la cause ne peut être précisée. Rectoscopie absolument négative: le rectum et l'S iliaque sont normaux.

Intervention. — Octobre 1913, deux mois après les premiers symptômes. Anesthésie. Large laparotomie médiane, qui montre aussitôt la partie supérieure de l'S iliaque adhérente à la vessie à 3 cm. à gauche de la ligne médiane. Zone d'adhérences extrêmement réduite, tout au plus de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, et dont on fait facilement le tour. Résection, suture du colon pelvien en 3 plans. Suture de la vessie en 2 plans avec accolement de l'utérus sur la suture vésicale.

Aucune lésion tuberculeuse péritonéale ni intestinale. Pas de lésions annexielles. Fermeture totale de la paroi sans drainage. Sonde à demeure. Suites parfaites, mais entravées par une phlébite gauche sans gravité d'ailleurs. Il faut ajouter que l'examen microscopique a confirmé l'absence de lésions tuberculeuses et montré simplement du tissu cicatriciel avec infiltration embryonnaire. Cette observation paraît donc rentrer dans le cadre des ulcérations simples du gros intestin.

Guérison maintenue; la malade est toujours en bonne santé.

Obs. 8. — R. H. HERBST et E. M. MILLER (*Journal de Chirurgie*, XXXXIX, 1937, p. 122-123).

Fistule colo-vésicale provoquée par corps étranger de l'intestin.

Homme de 65 ans, présentant une cystite intense avec pyurie. L'urine contient souvent du sang. Ayant perdu 16 kilos durant les six derniers mois. Néanmoins pas de pneumaturée. Prostate sensiblement normale. D'après différents examens pratiqués: sang normal; réaction de Wassermann négative. Radiologiquement, sténose sig-

moïdienne. A l'examen cystoscopique, une légère proéminence de la prostate dans la vessie. Un corps étranger était vu restant sur le plancher de la vessie. Une fois extrait et examiné, on vit qu'il était formé de matière végétale. Une tâche brune siégeait à la partie postérieure du sommet de la vessie, entourée d'une oréole œdémateuse, et centrée par une petite dépression.

Le 13 juin 1934, l'abdomen était incisé, et on se trouvait en présence d'une masse englobant le colon sigmoïde, le dôme de la vessie et l'appendice. Apparence d'un carcinome, mais impossibilité d'être certain que cela ne soit pas un diverticule, et la cure chirurgicale comporte quatre temps :

1^{er} temps: colostomie gauche sur le colon descendant.

2^e temps: le 30 juillet, six semaines après le premier, résection en bloc du sigmoïde, du dôme vésical et de l'appendice adhérent dans le foyer. Fermeture des deux bouts intestinaux et suture vésicale. Sur la pièce opératoire, on découvre une fistule vésico-sigmoïdienne due à la migration d'un os de poulet encore arrêté dans la fistule.

3^e temps: le 6 septembre, cinq semaines après, abaissement du colon gauche et du transverse gauche de façon à permettre une anastomose latéro-latérale entre le descendant et le bout sigmoïdo-rectal.

4^e temps: le 1^{er} octobre, trois mois et demi après la première intervention; résection de l'an us.

Le résultat final, à en juger par l'état du malade un an après son départ de l'hôpital, est très satisfaisant, à la fois pour les chirurgiens et pour le malade lui-même.

Obs. 9. — M. P. LE GAC (*Société de Médecine de Paris*, 1935).

Fistule colo-vésicale d'origine diverticulaire.

Mme A..., 64 ans, nous est adressée pour pneumaturie et fécalurie, par le Docteur Maufrais. De bonne santé habituelle, constipée chronique, la malade est prise le 3 novembre 1934 de frissons, sans phénomènes douloureux bien accusés, sauf des coliques diffuses, des sueurs profuses, sans cystalgie, sans pollakyurie, avec une température à oscillations entre 37,5 et 39,5. Le diagnostic de la cause de cette température prolongée est, et reste, difficile. Les traitements institués sont inefficaces, la malade est obligée de garder le lit six semaines. Dans le courant du mois de décembre, apparition de pollakyurie à urines claires, puis un peu louches (où l'examen ne montra que des colibacilles). En janvier, les phénomènes vésicaux s'accusent, et c'est en février qu'apparaît d'abord de la pneumaturie, puis de la fécalurie discrète, puis plus abondante. Avec cette fécalurie, la température et les phénomènes généraux s'amendent.

Elle vient nous consulter le 1^{er} mars 1935. Malade apyrétique, grasse, un peu pâle, donnant l'impression d'une infectée. La fécalurie est très abondante (véritables selles par la vessie), les mictions sont fréquentes, l'abdomen est légèrement ballonné, mais les selles sont quotidiennes et la palpation ne révèle rien d'anormal, sinon une légère douleur dans la région sus-pubienne.

Nous faisons successivement :

1° Une radiographie après lavement baryté, qui montre une image de diverticulite sigmoïdienne, sans modification du calibre ;

2° Une radiographie après lavement baryté et injection intra-vésicale de Ténébryl dilué, la communication sigmoïdo-vésicale est évidente ;

3° Une cystoscopie. L'orifice de communication colovésical apparaît nettement sur la paroi postérieure de

la vessie, il est de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Nous décidons la malade à l'opération, en la prévenant de la longueur du traitement :

1^{re} opération: le 12 mars 1935. Anesthésie à l'évipan (doct. Hirschberg). Anus tranverse gauche. Procédé de la baguette. A la suite de cette dérivation, nous soumettons la malade de façon régulière à des lavages intestinaux, lavages vésicaux, lavages des bassinets. Nous y joignons la vaccinothérapie (vaccin buccal et propidon).

2^e opération: le 30 mai 1935. Anesthésie à l'évipan. Laparotomie médiane. Clivage colo-vésical. Fermeture par enfouissement (difficile, car les fils coupent la paroi colique) du côlon sigmoïde. Fermeture de la vessie. Drainage par lames de caoutchouc. Sonde à demeure dans la vessie.

3^e opération. Le 30 septembre 1935. Anesthésie à l'évipan. Fermeture de l'anus de dérivation, après vérification du calibre du côlon.

La malade a parfaitement supporté ces opérations successives, et le résultat appréciable qu'elle en a tiré est le résultat de sa patience.

Obs. 10. — BOEHM et DEAN (*The American Journal of Urology*, sept. 1912).

Fistule colo-vésicale due à un néoplasme vésical.

Femme de 40 ans; elle souffre du ventre depuis une contusion de l'hypocondre gauche à l'âge de 16 ans. Constipation habituelle. Depuis deux ans, melæna, hématurie, douleurs lombaires violentes, expulsion de matières fécales par l'urèthre. Rectite et cystite violentes. Une cystoscopie permet de découvrir un orifice fistuleux au niveau du sommet de la vessie, à gauche.

Laparotomie. Résection de l'anse sigmoïde et de la portion vésicale qui lui adhère. On obtura la brèche vésicale en y suturant le fond de l'utérus. Mort de péritonite le troisième jour.

Il s'agissait d'un adéno-épithéliome de la vessie propagé au côlon pelvien.

Obs. 11. — DAVID (*Ann. of. Surg.*, 1929, t. XC, n° 6, p. 1024).

Fistule colo-vésicale consécutive à une tuberculose vésicale.

Mme E..., âgée de 56 ans, vue avec le Dr. Kretschmer, entre à l'hôpital le 21 mars 1924 pour une cystite datant de six ans, accompagnée par quelques douleurs lombaires. La cystoscopie montre une ulcération vésicale de la taille d'un demi-dollar, dont la biopsie montre la nature tuberculeuse. L'ulcération fut excisée. Le 25 août 1925, revient avec la cystite, l'hématurie. Le dôme vésical présente une large ulcération blanche à base nécrotique. La zone fut disséquée et la biopsie montre la tuberculose.

Le 16 novembre, malade nauséuse et vomissante. Le 13 février 1926: pneumaturie et fécalurie à travers la cicatrice de cystostomie. Le 22 avril 1926: colostomie envisagée; incision gauche révéla une cavité péritonéale oblitérée par des adhérences fibreuses. Le gros intestin ne pouvait pas être identifié. On fend l'incision musculaire jusqu'au côté droit et on fait une cœcotomie. Le 5 juin 1926, la malade mourut.

Autopsie: tuberculose du rein gauche, extension de la tuberculose au péritoine pelvien. Fistule entre vessie et sigmoïde. Pyélonéphrite ascendante.

Obs. 12. — H. BLANC et M. NEGRO (in Latifi).

Fistule colo-vésicale consécutive à une syphilis vésicale.

Tav..., 37 ans, ménagère, entre le 26 décembre 1923 pour des douleurs dans la région sacrée et des phénomènes de cystite. Ceux-ci existent depuis cinq mois. Elle urine actuellement sept à huit fois par jour et trois fois dans la nuit. Les urines sont troubles et assez colorées. La malade n'a jamais présenté d'hématurie. Les reins ne sont pas perçus, ni douloureux à la palpation ou spontanément.

La malade, notablement amaigrie, est traitée depuis plusieurs années pour la syphilis. L'année dernière elle a eu un abcès froid thoracique de nature mal déterminée. Elle attire notre attention sur un symptôme important: depuis environ six mois, elle émet des gaz par l'urètre, et parfois des grumeaux purulents et noirâtres.

Nous pratiquons une cystoscopie, le cystoscope est refoulé à droite et en haut, et on constate dans la région urétérale gauche et au-dessus un œdème considérable qui empêche tout diagnostic précis. Au toucher vaginal, il existe une masse latérale gauche adhérente au plancher vésical. Cette masse se prolonge en bas et en arrière sous forme d'une induration latéro-vaginale. Au toucher rectal, on trouve à gauche une saillie conique antérieure paraissant faire corps avec la vessie. Nous pratiquons une cystoscopie en deux temps. La vessie remplie avec une solution de bromure de sodium à 10 %. Lorsque l'on commence à injecter le liquide, la malade ne peut le retenir et urine à travers la sonde. En insistant on peut injecter 240 cc. du liquide sans que la malade éprouve un besoin intense d'uriner et elle éprouve par contre le besoin d'aller à la selle. On prend à ce moment

un premier cliché cystographique, immédiatement après la vessie est complètement vidée avec la sonde, malgré la vacuité de la vessie la malade persiste à éprouver le besoin d'aller à la selle. La sonde vésicale étant alors retirée, on prend un second cliché cystographique. Aussitôt après, la malade évacue par le rectum le liquide bromuré. A noter qu'à la suite de l'injection de ce liquide la malade n'a éprouvé aucun phénomène du côté de la vessie ni du rectum.

Si on examine les deux clichés cystographiques, on voit sur le premier une vessie non régulière, grossièrement piriforme avec un bord droit presque rectiligne. La base allongée transversalement à contours nettement limités. La partie supérieure s'allonge sous forme d'un cône déjeté à gauche et présente deux petites fusées, l'une supérieure nettement arrondie; l'autre, inférieure, d'aspect frangé. Du bord inférieur de la vessie part une ombre régulièrement arrondie, qu'on dirait exister sur un autre plan. Sur le deuxième cliché, la vessie vide, on ne voit plus trace de la vessie qui est seulement représentée par la stagnation d'un peu de liquide qui apparaît sous forme d'une barre transversale opaque à la partie inférieure.

Par contre, on aperçoit nettement un boyau présentant quatre courbures de calibre à peu près régulier. Les parties supérieure et inférieure de ce boyau, qui n'est autre que le rectum rempli du liquide opaque, correspondent aux deux proéminences signalées sur le premier cliché. Les contours du rectum sont parfaitement nets depuis l'anus jusqu'à l'anse sigmoïde. Il s'agit donc bien d'une fistule vésico-intestinale et nous pensons vraisemblablement à un néoplasme intestinal ouvert dans la vessie. Mais en présence de la spécificité de cette femme, nous jugeons plus prudent, pour élimi-

ner une lésion syphilitique possible, de faire un traitement.

Il faut noter que la malade, dont le début de la syphilis remonte à 1918, avait reçu déjà quatre séries de douze piqûres de biiodure de mercure à 0 gr. 01, plus deux séries de néosalvarsan qui ont rendu le Bordet-Wasserman négatif. Enfin, elle a reçu en 1923, quinze piqûres de muthanol, et, à ce moment-là, la réaction de Bordet-Wasserman donnait H 5. Nous faisons alors de nouvelles séries de bi-iodure de mercure. La malade ressent d'abord une amélioration de l'état général; ses urines paraissent devenir plus claires (elle prend de l'urotropine), elle dit même que la pneumaturie diminue et devient intermittente; il persiste d'ailleurs des phénomènes de cystite. Nous avons donc l'espoir qu'il peut s'agir d'une lésion syphilitique et nous pratiquons une seconde cystographie en deux temps. L'aspect du cystogramme a considérablement varié. Il semble qu'on puisse suivre sur le cliché l'amélioration qui s'est manifestée cliniquement. De l'image rectale primitive, il ne reste qu'un petit trajet très réduit dont on semble voir le point d'abouchement dans la vessie.

A la cystoscopie, l'œdème paraît avoir diminué. Il persiste au niveau de la paroi supéro-latérale gauche, des plis et circonvolutions cérébriformes avec végétations fongueuses au milieu desquelles se trouve une dépression dont on aperçoit le fond et qui doit être le point d'origine de la fistule. Considérant que nous sommes sur la voie de la guérison, nous envoyons la malade à la campagne pour trois mois, afin de remonter complètement son état général et nous lui prescrivons : sirop de Gilbert et de l'élixir Deret. Au début d'octobre 1924, la malade revient nous voir; elle est complètement transformée, elle a engraisé de plusieurs kilogs, présente une

urine superbe et nous dit sa joie de n'avoir plus aucun symptôme vésical. Elle n'a plus de phénomènes de cystite, ni de pneumaturie, ses urines sont claires, paraît-il.

Au toucher vaginal, la masse latérale perçue autrefois n'existe plus; par contre, la malade nous signale que depuis quelques temps elle présente un petit abcès au niveau d'une côte. A l'examen, nous trouvons une tumeur gommeuse fistulisée, de la grosseur d'une prune.

Nous pratiquons une nouvelle cystoscopie. La vessie a augmenté considérablement de capacité et permet un examen plus approfondi. Au niveau de la paroi supéro-latérale gauche, on aperçoit encore l'œdème bulleux; nous pratiquons encore une troisième cystographie en deux temps, et cette fois elle est entièrement négative; aucune partie du liquide n'est passée par le rectum qui est invisible sur le cliché; la vessie a repris à peu près sa forme normale; le diagnostic de syphilis vésicale est ainsi conformé pour le plus grand bonheur de la malade. Nous l'envoyons à l'hôpital Saint-Louis suivre un traitement bismuthique.

Nous venons de revoir la malade, six mois après, avec un très bon état général, ne présentant plus de phénomènes vésicaux. La cystoscopie que nous avons faite nous a montré à l'endroit où siégeait auparavant la fistule une dépression de la paroi vésicale dont les bords sont irréguliers par résorption des bourgeons inflammatoires que nous avons constatés autrefois.

Obs. 13. — R. GORDON CRAIG et R. K. LEE BROWN (in M. Guibé).

Fistule colo-vésicale; origine extra colo-vésicale.

Il s'agit d'une malade de 51 ans, entrée le 11 novembre 1924. Il y a 8 ou 10 ans, elle aurait eu une crise, probablement appendiculaire qui dura trois semaines.

Depuis six mois, elle émet des gaz avec l'urine qui renferme un abondant sédiment. Pas de douleurs, pas de fréquence de la miction, pas d'hématurie. A l'examen, l'urine renferme du pus. A la cystoscopie, la paroi vésicale est recouverte de muco-pus, en maints endroits; les uretères sont difficiles à voir; leur cathétérisme ne révèle rien d'anormal. La sigmoïdoscopie ne montre aucune communication avec la vessie.

Un an plus tard (novembre 1925), à la cystoscopie on voit un peu en arrière de l'orifice urétéral droit un petit orifice dans lequel on peut introduire deux sondes rigides. La radiographie montre que ceux-ci s'engagent dans le gros intestin, et une injection opaque remplit celui-ci.

Laparotomie médiane: on découvre une masse d'adhérences unissant le grêle, l'anse sigmoïde et la vessie. Après dissection, on reconnaît la communication entre la vessie et le sigmoïde. L'orifice intestinal est invaginé et renforcé par deux appendices épiploïques. Les anses grêles sont isolées et repéritonisées. L'appendice, adhérent par son sommet est reséqué. L'abdomen est fermé sans drainage.

La guérison se fit sans incident. Il semble qu'il se soit agi d'une appendicite avec abcès par suite duquel la communication s'était établie entre la vessie et l'anse sigmoïde.

Obs. 14. —MOONS (*Journal de Ch. et Ann. Soc. Belge de Ch.*, 28-1-33).

Fistule cœco-iléo-sigmoïdo vésicale.

Malade opéré un an auparavant pour abcès du bas-ventre. Quand le malade se présente à nous, l'abcès était cicatrisé. Il avait déjà vu plusieurs médecins, était fort amaigri et présentait comme symptôme apparent des matières fécaloïdes.

Le palper abdominal démontrait une grosse tuméfaction collée sur l'os iliaque gauche, cylindrique et suivant la direction de l'S iliaque ; le petit bassin paraissait rempli par une grosse masse dure, surtout vers la gauche. Le T. R. faisait ressortir à quelques centimètres de l'orifice anal un rétrécissement ou seul un doigt trouvait passage. Le rectum était dur comme du bois et faisait partie d'une masse dure qui remplissait le petit bassin.

Une radiographie du petit bassin avec lavement baryté montre à 12 cm. de l'anus un rétrécissement notable de 6 à 7 cm. environ s'épanouissant plus haut dans une masse colique dilatée. Le lavement démontre que non seulement l'S iliaque se remplit, mais aussi le cœcum ; mais pour cela il faut pousser le lavement assez fort. Une injection d'iodure de sodium dans la vessie prouve que seul l'S iliaque se remplit d'iodure. Nous en concluons qu'il y a fistule entre la vessie, le cœcum et l'S iliaque, mais que la fistule principale se trouve du côté de l'S iliaque, et nous nous décidons pour un anus iliaque, au côlon descendant, espérant ainsi mettre au repos toute la masse dure infiltrée du petit bassin. En voulant pratiquer cette opération, nous constatons que le côlon descendant n'était pas utilisable, pour un anus iliaque, et nous avons dû pratiquer celui-ci sur le côlon transverse.

Pendant quelques jours, les selles en effet ont trouvé leur chemin par le nouvel anus. Mais peu de temps après, l'anus abdominal restait à sec, et toutes les matières fécales repassaient par l'anus naturel et la vessie, preuve que la fistule cœcale alimentait tout le cloaque intestino-vésical. Le malade s'améliora pendant quelques semaines, puis maigrit et s'affaiblit à nouveau.

Nous décidâmes donc d'isoler toute la fistule intestino-vésicale, du courant fécal et nous pratiquâmes une lapa-

rotomie médiane qui nous amène aux constatations suivantes: le petit bassin était rempli par une grosse masse dure infiltrée sur laquelle s'implantait: 1° un cœcum avec l'iléon; 2° une anse iléale; 3° l'S iliaque. Pas de symptômes de tuberculose péritonéale.

Nous pratiquâmes l'exclusion:

1° du cœcum, section du côlon ascendant et fermeture des 2 bouts sectionnés;

2° section de l'anse iléale accolée;

3° fermeture de l'anse iléale adjacente à la masse du petit bassin;

4° implantation de l'anse iléale libre dans le cœcum ascendant termino-terminale.

Les suites opératoires furent normales, et le malade reprit en deux mois 10 kilogs, et 20 kilogs quelques mois plus tard. L'origine se trouve dans le cas qui nous occupe devoir être attribuée à une appendicite aiguë avec suppuration pelvienne chronique.

Obs. 15. — CHRISTOPHE (*Jour. de Ch. et Ann. Soc. Belge de Ch.*, 28-1-33).

Fistule colo-vésicale. Origine traumatique.

Ouvrier mineur de 59 ans, d'un intellect assez rudimentaire. Lorsqu'il vint me voir, il me dit dans son patois savoureux qu'il urinait des matières fécales et que, au moment de la défécation, il urinait d'abord par l'anus, puis qu'il sortait de l'anus un mélange assez fluide mélangé de matières. Cette affection, d'après lui, avait une origine traumatique, il était tombé sur un rail au fond de la mine. Après cette chute, il était rentré chez lui ne se rendant pas compte de la gravité du mal et il était allé encore à la mine le lendemain et le surlendemain. Puis il eut de la fièvre. Cet homme ne pouvait pas me donner plus de précisions.

Quelque temps après, il s'aperçut qu'il urinait des matières fécales. Il consulta différents médecins. Un urologue très averti est intervenu 3 fois, chez cet homme, par la voie transvésicale, chaque fois, la fistule se reformait. Cet état a duré 7 ans.

Je m'attendais à trouver des lésions rénales très avancées, et j'ai pratiqué des examens appropriés: les urines prélevées à l'origine des uretères étaient limpides.

L'intervention que je fis par la voie abdominale me permit de trouver l'explication des récidives qui se produisaient chaque fois après l'intervention par la voie trans-vésicale.

Au-dessus du rectum, à l'endroit où celui-ci se fusionne avec le sigmoïde, il y avait une sténose extrêmement serrée, laissant à peine passer l'extrémité d'une pince de Kocher. Par la voie trans-vésicale on suturait bien la fistule, mais comme on ne s'occupait pas de la sténose sous-jacente, les selles ne pouvaient pas descendre normalement et, quelques temps après, les sutures sautaient de nouveau.

J'ai ouvert la sténose. Comme il est difficile de faire à cet endroit dans la profondeur du bassin une entéro-anastomose, j'ai introduit d'un côté un bouton de Murphy dans le sigmoïde, de l'autre côté dans le rectum, et j'ai pu rapidement faire une entéro-anastomose. J'ai fermé la vessie ensuite et j'ai placé une sonde à demeure.

Le malade a été reconduit au lit. Le soir même il a enlevé sa sonde; on la lui a remise le lendemain matin; le second soir, il s'est fâché parce qu'on voulait lui maintenir la sonde et le troisième jour dans la matinée, il est parti sans prévenir désirant rentrer chez lui.

Je ne l'ai revu que quelques mois plus tard parfaitement guéri. Il y a une quinzaine de jours je l'ai examiné : ses urines sont cristallines et le dosage d'urée est normal. Il m'a promis de venir se faire radiographier mais, naturellement, je ne l'ai plus revu.

CONCLUSIONS

I. — Les fistules colo-vésicales se rencontrent le plus souvent dans la seconde moitié de la vie et atteignent plus fréquemment l'homme que la femme.

II. — Les lésions coliques siègent dans une forte proportion sur l'anse sigmoïde, les autres parties du côlon étant beaucoup moins souvent intéressées.

III. — Les fistules ayant une origine traumatique sont rares. Ce sont les fistules pathologiques qui dominent, et parmi elles, celles qui ont une origine inflammatoire, due le plus souvent à une diverticulite ; le cancer n'arrive qu'au second plan dans leur étiologie ; et les autres : syphilis, tuberculose, corps étrangers, etc., sont exceptionnelles.

IV. — Les fistules colo-vésicales ont des localisations très variables, suivant leur étiologie. L'orifice fistuleux pourra siéger en n'importe quel point de la vessie. Quant au trajet fistuleux proprement dit, il sera essentiellement polymorphe.

V. — Les fistules colo-vésicales sont de diagnostic aisé lorsqu'on est en présence des trois signes cli-

niques cardinaux, mais il faut noter l'importance des examens complémentaires, principalement la cystoscopie au stade pré-fistuleux, et l'examen radiologique pour situer plus tard le siège de la fistule.

VI. — Avec les progrès de la chirurgie et lorsqu'on intervient assez tôt par la voie abdominale, de préférence sur un sujet dont l'état général n'est pas trop atteint, on peut espérer, dans la moitié des cas environ, obtenir un succès thérapeutique.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANO (G.). — Contribution clinique à l'étude des fistules vésico-intestinales (*Archivio Italiano di Ch.*, t. XVI, fasc. 2, août 1926).
- ALBARRAN. — Tumeurs de la vessie. Paris, 1892.
- ARNAL. — Complications urinaires de l'appendicite. (Thèse Montpellier, 1913).
- BAZY (P.). — *Société de Chirurgie*, 11-3-1933.
- BEDRNA. — *Zeit. für Urol. Chir.*, 1933, t. XXXVII, p. 361.
- BENSAUDE (R.). — Maladies de l'Intestin. Paris, Masson, 1931.
- BLANC (H.) et NEGRO (M.). — A propos d'un cas de syphilis vésicale (*Journal d'Urologie*, 1925, pp. 513-520).
- BLANQUINQUE (P.). — Etude sur les fistules vésico-intestinales (Thèse Paris, 1870).
- BOEHM et DEAM. — Deux cas de fistule sigmoïde-vésicale (*The American Journal of Urology*, tome VIII, n° 9, sept. 1912, p. 474-482).
- BONNET. — Ouverture dans la vessie, par voie sous-péritonéale, des abcès appendiculaires résiduels, après appendicectomie (*Lyon Chirurgical*, 1922, t. 19, pp. 561-563).
- BUREAU et PASQUEREAU. — Fistule vésico-intestinale (*Gaz. Méd. Nantes*, 1909, XXVII, pp. 608-611).
- CHAVANNAZ. — Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme (*Ann. mal. org. gén. urin.*, 1897, p. 1176).

- CHRISTOPHE. — Fistule vésico-sigmoïdienne (*Journ. de Ch. et Ann. Société Belge de Ch.*, 28-1-33).
- CHUTE. — *Boston Med. Journ.*, 1921, t. 184, p. 118.
- DAVID. — *Ann. of Surg.*, 1929, t. XC, n° 6, p. 1024.
- DELBET (Paul). — Des péricystites (*Ass. Franç. d'Urol.* Paris, 1914, XVII, pp. 257-262).
- DELBET (Pierre). — Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1891, Steinhel, édit.
- DESNOS. — Calculs de la vessie. Complications (*Encycl. Franç. Urol.* Paris, 1921, t. IV, pp. 283-368).
- DOMINICI (P.). — Les péricystites (Paris, G. Doin et Cie, 1937).
- DUPLAY et FOLLIN. — Pathologie externe (*Paris*, T. V.)
- DUPLAY et RECLUS. — Pathologie externe (*Paris*, T. V)
- DUROEUX L. — Syphilis de la vessie (*Thèse Paris* 1933).
- DUVAL E. — Fistule vésico-colique (*Normandie médicale*, Rouen 1922, n° 5, p. 973-977).
- FORGUE E. — Fistules acquises de la vessie (*Encycl. franç. d'Urol.*, Paris 1921, t. IV, p. 677-714).
- EDWARDS. — Diverticulis — A Clinical Review (*Brit. Med. J.-V.*, 1^{er} janvier 1934, p. 973-977).
- GIORGIO di MAIO. — Fistole intestino vescicali (*Ospedale Maggiore*, Janvier 1936).
- R. GORDON CRAIG et R. K. LEE BROWN. — Fistule entéro-vésicale (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. XLIV n° 6, juin 1927, p. 753-756).
- GOUVERNEUR R., SOUPAULT R. et LATIFI M. — Fistules colo-vésicales d'origine diverticulaire (*Journal de Chirurgie* 1938, t. 51, p. 215-231).
- GOSSET J. — (*Journal de Chirurgie* 1937, t. XXXIX, p. 122-123).
- GUIBE. — (*Journal de Chirurgie*, t. XXX, p. 716).

- GUILLAUME Louis. — Le cours de clinique Chirurgicale, (Tours, Arrault, 1939, p. 204).
- HERBST R.-H. et MILLER E.-M. — Fist. ves. intestinales provoquées par des corps étrangers de l'intestin (*Journal of the Amer. Med. Assoc.*, vol. 106 n°25, 20 juin 1936, p. 2125-2128).
- JEANBRAU E. — (*Journal de Chirurgie*, t. IX 1912, p. 659).
- LE GAC M.-P. — Fistule entre la vessie et le côlon sigmoïde, causée par diverticulite (*Sté de Médecine de Paris*, 1935, p. 652-657).
- LATIFI M. — Les fistules vésico-sigmoïdiennes (*Thèse Paris* 1937).
- LEGUEU F. — Traité chirurgical d'Urologie. — E. Alcan (*Paris* 1921).
- LEGUEU F. — Traitement rationnel de la fistule intestino-vésicale (*Journal d'Urologie*, Paris 1923, t. XV).
- LEGUEU F. et PAPIN E. — Précis d'Urologie (*Paris, Maloine* 1937).
- LOUMEAU. — Fistule vésico-intestinale par cancer du côlon pelvien (*Journ. Méd. de Bordeaux*, 1914, p. 282-283).
- MARION G. — Traité d'Urologie (*Paris, Masson* 1935).
- MARION G. — Péricystites (17^e session Assoc. franç. d'Urologie 1913, p. 251-256).
- MENAGER A.-M. — Essai sur la tolérance de l'intestin pour les corps étrangers dangereux (*Thèse Paris* 1933).
- MONDON F. — Contribution à l'étude des fistules vés.-intest. de nature syphilitique (*Thèse Bordeaux* 1934).
- MOONS. — Fistule cœco-iléo-sigm.-vésicale (*Journ. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chir.*, 28-1-33, p. 24-26).
- MORESTIN H. — Fistule vésico-intestinale consécutive à un cancer du côlon pelvien (*B. et M. Soc. de Chir.*, Paris 1908, XXXIV, p. 778-781).

- NESBIT R.-M. et COLLIER F.-A. — Appendico-vésical fistula (*Amer. Journ. of Surgeons* 1934, t. 25, p. 536-538).
- OPPENHEIM. — (*Berliner Klin. Monatschrift* 1866, p. 256).
- PAPILLON M. — A propos des fistules vésico-sigm. d'origine néoplasique (*Sté des Chirurgiens de Paris*, 5 avril 1935, p. 203-205).
- PASCAL A. — Des fistules vésico-intest. acquises chez l'homme et la femme (*Thèse Paris* 1900).
- PERRIN M. — (*Lyon chirurgical* 1935, t. 32, p. 83, obs. 5)
- PICOT G. — Un cas de syphilis vésicale et urétrale (*Journ. d'Urol.* 1912, t. II, p. 692-698).
- PINOY P.-E. — Les actinomycoses (*Encycl. méd. chir., ... maladies infectieuses*, p. 8.124).
- PRISTAVESCO G. — Contribution à l'étude des fist. intes. (*Journal. d'Urologie* 1912, t. II, p. 321-366).
- SCHIFFMANN J. — Contribution à l'étude des fist. vés.-intest. chez la femme (*Zeitschrift. für Urolog. Chirurg.*, t. XVII, fasc. 12-1925, p. 23-28).
- SUTTON-DOUGLAS G. — Fist. vésico-sigmoïdienne (*Surg. gynecology and Obstet.* 1921, t. XXXII n° 4, p. 318-327).
- TESTUT L. — Traité d'anatomie humaine (*Paris, Doin* 1931, t. 4 et t. 5).
- TESTUT L. et JACOB O. — Précis d'anatomie topographique (*Doin, Paris*).
- VERHOOGEN J. — Néoplasmes de la vessie (*Encycl. franç. d'Urol.*, Paris 1921, t. IV, p. 425-539).
- VERNON V.-G. — Fist. sigmoïd. vésicale (*Journ. Chirurg.* t. XXXVI 1930, p. 284).
- WALTHER. — Fist. vésico-intestinale (*B. et M. Soc. de Ch.*, Paris 1903, XXIX, p. 314-324).
- WEIJTLANDT. — (*Congrès d'Urologie* 1935).
- YOUNG' PRATICE OF UROLOGY. — (1926, I., p. 194-200 et 395-396).

